门诊经验沟通与 GLTC 沟通对医生情绪状态影响的比较研究

邵建文 [12]，谭港锐 [1]，王梦婷 [3]，商卫红 [4]，王锦帆 [12*]

基金项目：1.江苏省研究生科研创新项目"门诊医生沟通方式影响医患双方情绪与需求的实验研究"（KYCX21_1560）；

2.江苏省社会科学基金项目"情绪智力理论视阈下医护人员情绪劳动对医患关系的影响研究"（20SHD007）

1.211166 江苏省南京市，南京医科大学马克思主义学院
2.211166 江苏省南京市，南京医科大学医患沟通研究中心
3.211166 江苏省南京市，南京医科大学医政学院
4.210019 江苏省南京市，南京医科大学附属眼科医院科教处
*通信作者：王锦帆，教授，博士生导师；E-mail:yhgt2013@njmu.edu.cn

【摘要】 背景 门诊医生是医院诊疗活动主要提供者，医生情绪则是优质医疗服务的保证，医患沟通方式尤为重要。**目标** 从医生情绪反馈角度，比较门诊医生经验性沟通与 GLTC 沟通效果（Goodwill 医方示善—Listening 医方倾听—Talking 医患交流—Cooperation 医患合作），了解影响医生情绪的主要沟通细节，为今后提高医生沟通技巧、改善医生情绪状态提供参考。**方法** 2021 年 7 月—2022 年 1 月，对江苏省内 4 家三级综合医院共计 24 个科室开展门诊 GLTC 沟通方案试验研究，并对相关数据进行描述性分析、Mann-whitney U 检验、多元线性回归等分析。**结果** 门诊经验沟通后，医生疲劳情绪明显增加（P<0.05）；门诊 GLTC 沟通后，医生前后情绪无明显差异（P>0.05）；沟通后，经验组医生情绪疲劳、困惑分值高于 GLTC 组；单位时间内，GLTC 组相关沟通细节完成率大部分明显高于经验组（P<0.05）；多元线性回归结果显示，微笑、起身、通俗讲解等沟通细节是影响医生总体情绪的主要因素。**结论** 门诊 GLTC 沟通更能缓解医生疲劳，医生的微笑、态度友善等是今后门诊中青年医生需要重视的沟通细节，同时这些细节完成率有待提高。

【关键词】医患沟通；门诊医疗；医生情绪；试验研究

A comparative study on the influence of outpatient experience communication and GLTC communication on doctors' emotional state

Shao Jianwen[12], Tan Gangrui[1],Wang Mengting[3], Shang Weihong[4],WangJinfan[12*]
1.School of Marxism，Nanjing Medical University ,Nanjing 211166,China
2.Research Center for Doctor Patient Communication，Nanjing Medical University ,Nanjing 211166,China
3.School of Health Policy & Management，Nanjing Medical University ,Nanjing 211166,China
4.Department of Science and Education, Eye Hospital Affiliated to Nanjing Medical University，Nanjing 210019,China
**Corresponding Author: WangJinfan, E-mail:yhgt2013@njmu.edu.cn*

【Abstract】Background: Outpatient doctors are the main providers of hospital diagnosis and treatment activities, and doctors' emotions are the guarantee of high-quality medical services. The communication method between doctors and patients is particularly important.**Objective:** From the perspective of doctor's emotional feedback, to compare the effect of outpatient doctor's experiential communication and GLTC communication, to understand the main communication details affecting doctors' emotions, and to provide reference for improving doctors' communication skills and improving doctors' emotional state in the future.**Methods:** From July 2021 to January 2022, a pilot study of outpatient GLTC communication program was carried out in a total of 24 departments in 4 tertiary general hospitals in Jiangsu Province, and the relevant data were subjected to descriptive analysis, Mann-whitney U test, multiple linear regression, etc. analyze. **Results:** After the outpatient experience communication, the doctor's fatigue mood increased significantly (P<0.05); after the outpatient GLTC communication, there was no significant difference in the doctor's mood before and after the outpatient GLTC communication (P>0.05); After the communication, the doctor's emotional fatigue and confusion scores in the experience group were higher than GLTC In unit time, the completion rate of relevant communication details in the GLTC group was significantly higher than that in the experience group (P<0.05). **Conclusion:** GLTC communication in outpatient clinics can better relieve doctor fatigue. Doctors' smiles and friendly attitudes are the communication details that young and middle-aged doctors in outpatient clinics need to pay attention to in the future. At the same time, the completion rate of these details

needs to be improved.

【Key words】Doctor-patient communication; Outpatient care; Doctor's emotions;Experimental research

医疗纠纷一直都是社会关注的重点话题，近期发布的《2021 年全国医疗损害责任纠纷案件大数据报告》显示门急诊案件数量最高为 465 件（占比 24.17%），在医方败诉原因中，医方因未尽注意义务、延误治疗而败诉的案件最多，占比 42%，其次是未尽告知义务，占比 22%[1]。柏燕军也在其调查中发现医疗纠纷中门诊患者投诉的原因中，服务态度与沟通占比 32.73%，医生主要表现为不能耐心细致地给病人解释、对患者态度冷淡、带着不良情绪工作等[2]。总体来看，门诊是医疗纠纷发生的重点区域，而医生的沟通方式起到关键性的作用，就诊中患方情绪则受到沟通方式、自身疾病等影响，医方情绪受到患方情绪反馈所影响。可以说医生的沟通方式是医生个人正面情绪的保障。同时，在工作压力较大的门诊，高年资医生有着丰富的诊疗经验，往往能够与患者较好地开展医患沟通，而青年医生则需要不断学习、试错，积累一定经验后才能做好医患沟通，在这期间很可能会付出机会成本如医疗纠纷。GLTC 医患沟通模式包括医方示善（Goodwill）、医方倾听（Listening）、医患交流（Talking）、医患合作（Cooperation）[3]，已被编入国家级规划教材《医患沟通》中，并被应用于临床相关实践[4]，本研究以 GLTC 医患沟通模式为核心，编制门诊 GLTC 医患沟通方案，以青年医生为研究对象，从医方情绪角度，比较门诊经验和门诊 GLTC 沟通效果，深入研究其中的沟通细节，致力于提高青年医生门诊沟通技能，保障医生正性情绪，降低医患纠纷发生率。

1　对象与方法

1.1 研究对象

随机抽取 4 家江苏省三级综合医院，主要包括内科、外科、五官科等科室，每家医院挑选 6 个科室，每个科室根据要求随机抽取 1 名责任医生，共计 24 人。在门诊 GLTC 医患沟通方案应用前后，分别选取每位医生负责的 15-25 名左右门诊患者作为研究对象。

1.2 文献研究

查阅国内外文献，了解相关情绪量表如汉密尔顿焦虑量表[5]、汉密尔顿抑郁量表[6]、医院焦虑抑郁量表[7]主要应用于患者焦虑、抑郁情绪维度的评价，较为全面的情绪评价量表为正负情绪量表[8]和简明心境量表[9]，而特征为即时性的简明心境量表更适合本研究。同时 GLTC 医患沟通模式医学与人文融合要素整合较好，与国内外其他主要沟通模式相比，对于国内医疗环境具有良好的适配性[10]，在此基础上研制门诊 GLTC 医患沟通方式。

1.3 专家咨询

经过前期文献研究后，编制研制门诊 GLTC 医患沟通方式，主要包括六个阶段接待、问诊、查体、实验检查、诊疗与交流、结束与交代。并对每个阶段沟通细节做出要求（详情见 1.4.2），第一轮专家发放问卷 12 名，回收有效问卷 12 份；第二轮专家发放问卷 13 名，回收有效问卷 13 份，回收率均为 100%。专家权威系数中，第一轮专家学术水平（q）0.983，专家判断依据（Cs）0.883，专家熟悉程度（Ca）0.966；根据第一轮专家意见修改后，第二轮专家学术水平（q）0.985，专家判断依据（Cs）0.885，专家熟悉程度（Ca）0.985，相关系数均都大于 0.7，结果较好。对于六个沟通环节重要性的判断，第一、二轮肯德尔系数分别为 0.190、0.231（$P<0.05$），均符合要求。

1.4 试验研究

根据前期研究以及专家意见，开展临床试验对比研究，第一批次为个人经验式沟通，第二批次为 GLTC 门诊沟通方式沟通。

1.4.1 医患入选条件

入选医生客观条件为具备独立门诊资格，40岁以下，主治或副主任职称医师，个人未参加过相关医患沟通技能培训，医患沟通完全是以其个人的经验为主，从未学习过GLTC医患沟通模式，且其医患沟通能力上升空间较大；患者入选条件为意识清楚的门诊患者，非开药患者，且能够较好地进行言语表达。

1.4.2 相关方案、量表及问卷

（1）简明心境量表

本次研究选取的情绪量表为简明心境量表（BPOMS），这是迟松等根据我国实际情况，将 1971 年由 McNair、Albrecht 等人编制修订的心境量表简化而来[11]，该量表共计 30 题，主要包括 6 个维度：紧张(T)、生气(A)、抑郁(D)、疲劳(F)、活力(V)、困惑(C)，每个维度均有 5 个题目，每个题目选项分为“一点也不”、“有一点”、“中等”、“相当地”、“非常地”等 5 个等级，分别赋值 0～4 分。每个维度的计分方法为该维度 5 个题目的粗分相加，得分越高表示心境越差。经检验，本次研究中该量表 Cronbach α 系数为 0.902，具有较高信度；对问卷条目进行因子分析，KMO 值为 0.913，Bartlett 球形度检验 P＜0.001，满足因子分析的标准，公因子累积贡献率为 60.82%，具有较好的效度。

（2）门诊 GLTC 沟通方案及评价问卷

门诊 GLTC 沟通方案是根据 GLTC 医患沟通模式编制而来[3]。该方案以 GLTC 医患沟通模式为核心，在门诊沟通各阶段融入示善、倾听等人文要素，主要分为六个阶段：接待、问诊、查体、实验检查、诊疗与交流、结束与交代。其中，接待中医生起身，对患者和蔼微笑，若患者不便则搀扶患者坐下，给予安慰语言等；问诊中先介绍自己，询问患者病史，不打断患者并适时回应，同时做好必要记录；查体中用消毒液洗手，手凉需捂手，动作轻柔，有语言交流或安抚；实验检查中根据患者病情告知相关检查信息，耐心回答患者疑问；诊疗与交流中根据诊断结果提出治疗方案，征询患者意见，耐心通俗回答患者问题，过程中恰当给予患者语言安慰；结束与交代中叮嘱患者注意事项，若时间不够，患者反复询问确认同一问题，友善回复患者下次详细解释，同时交代重要问题，必要时用纸写下要点给患者，最后礼貌用语送别患者。

同时还有沟通细节评价问卷，每个沟通阶段对应不同沟通细节，每个细节均有两个选项：“做到”和“未做到”，分别赋值 0 和 1，经检验，该方案评价问卷 Cronbach α 系数为 0.774，信度良好；对问卷条目进行因子分析，KMO 值为 0.790，Bartlett 球形度检验 P＜0.001，满足因子分析的标准，对 19 个题目进行因子分析，公因子累积贡献率为 64.21%，表明该评价问卷具有较好的效度。

1.4.3 正式试验

（1）门诊医生经验沟通阶段

试验开展前，调查员与医生事先沟通好，该阶段医生完全按照自己个人沟通习惯，放松心态，完全以自己的个人常态化方式开展门诊医患沟通，后期干预培训具体细节暂时不提。其中，门诊时间不限制，医生在门诊工作开始和结束分别填写一次量表，每次医患沟通都有调查员在诊室内以见习医学生的身份观察，对每组沟通计时，并用相关量表对医患沟通状况进行实时评价。

（2）门诊 GLTC 医患沟通方案培训

医生按照个人经验开展门诊沟通后，由调查人员告知医生门诊 GLTC 方案，并展开相关培训，主要包括讲解门诊 GLTC 医患沟通方案具体流程、培训以及相关事项等，后期医生根据制定的 GLTC 医患沟通方案培训手册以及教学视频自学，调查人员与医生模拟训练，确保医生掌握，能够应用于接下来的门诊医患沟通。

（3）门诊医生 GLTC 沟通阶段

医生经过培训后，以门诊 GLTC 方式与患者开展沟通，其余均与经验沟通阶段内容相同。见表 1、图 1。

表 1　程序安排表

Table 1　Program Schedule

时间点		对象	情绪	量表填写
门诊医生经验性沟通	门诊开始	医生	平常情绪	第一次填写
	门诊结束	医生	经验沟通情绪	第二次填写
门诊 GLTC 医患沟通方式培训				
门诊医生 GLTC 沟通	门诊开始	医生	平常情绪	第一次填写
	门诊结束	医生	经验沟通情绪	第二次填写

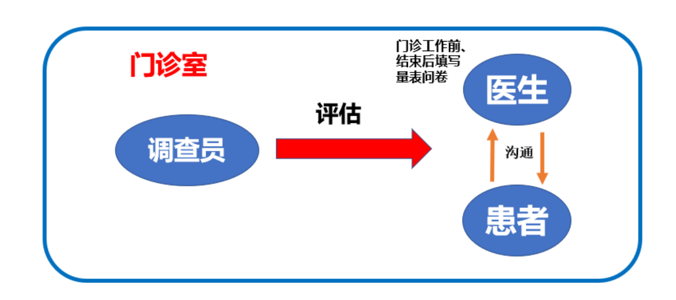


图 1　门诊沟通情况概览

Figure 1　Overview of outpatient communication

1.5 质量控制

（1）调查前培训调查员，统一调查口径、标准和填写方式，及时交流讨论遇到的问题。

（2）调查开始前联系各家医院，确定医生，并对医生统一培训（培训手册），促进医生后期跟进学习"GLTC 门诊医患沟通方案"，以便其后期将之应用于临床实践。

（3）每位医生医患沟通时均有调查员配合完成调查，包括填写问卷、保证方案应用的效用性等（全程观察医生沟通方式并提醒医生）。

1.6 数据处理

采用 EpiData 3.1 双录入并进行逻辑排错，使用 SPSS21.0 进行数据整理、描述性分析、Mann-whitney U 检验、χ2 检验、多元线性回归分析等统计检验，计数资料以率表示，计量资料以 $\bar{P}_{50}(P_{25},P_{75})$表示，P＜0.05 认为差异有统计学意义。

2　结果

2.1 基本信息

本次研究中医生分布于全科、内科、外科、皮肤科、五官科等常规门诊科室，共计开展两个批次的医患沟通，第一批次为个人经验式沟通，第二批次为 GLTC 式沟通，共有 24 名医生参与，两个批次医生均为同一人，其中，医生年龄均都集中在 31-40 岁；主治医师有 13 人（54.17%），副主任医师有 11 人（45.83%）；男性有 14 人（58.33%），女性有 10 人（41.67%）。患者人群中，经验沟通组别共有 339 人，男性 167 人（49.26%），女性 172 人（50.74%）。GLTC 沟通组别共有 464 人参与研究，男性有 200 人（43.10%），女性有 264 人（56.90%）。

2.2 经验沟通前后情绪自评对比

由于门诊工作量较大，因此医生只在门诊工作开始前和结束后，分别填写一次简明心境问卷，但对于医生与每个患者的沟通，都有第三方评价人员现场评估医生情绪，本次研究中，医生情绪自评共有 48 人次（经验组 24 人次，GLTC 组 24 人次），医生情绪第三方评价共有 803 人次（经验组 339 人次，GLTC 组 464 人次），经验沟通中，对医生沟通前后的各维度情绪自评得分进行比较，Mann-whitney U 检验结果表示，在疲劳维度情绪得分差异具有统计学意义（Z=-3.000，P<0.05），就得分分布而言，沟通后高于沟通前。详见表 2。

表 2　经验沟通前后医生情绪对比

Table 2　Comparison of doctors' emotions before and after experience communication

维度	沟通前	沟通后	Z	P
	$\bar{P}_{50}(P_{25},P_{75})$	$\bar{P}_{50}(P_{25},P_{75})$		
紧张	0(0,1)	0(0,1)	-0.265	0.791
生气	0(0,0)	0(0,0.75)	-0.596	0.551
疲劳	2(0,3)	4(2,7.75)	-3.000	0.003
活力	8(4.25,12.75)	10(6.25,11.75)	-0.941	0.347
困惑	2(0.25,3.75)	2(1,3)	-0.787	0.431
抑郁	0(0,1)	0(0,0)	-0.706	0.480

2.3 GLTC 沟通前后情绪自评对比

GLTC 沟通中，对医生沟通前后的各维度情绪得分进行比较，Mann-whitney U 检验结果表示，医生在紧张、生气等六个维度情绪得分差异均没有统计学意义（P>0.05）。详见表 3。

表 3 GLTC 沟通前后医生情绪对比

Table 3 Comparison of doctors' emotions before and after GLTC communication

维度	沟通前	沟通后	Z	P
	$\bar{P}_{50}(P_{25},P_{75})$	$\bar{P}_{50}(P_{25},P_{75})$		
紧张	0(0,0)	0(0,0)	-0.108	0.986
生气	0(0,0)	0(0,0)	-0.590	0.555
疲劳	2(0,3)	1(0,3.75)	-0.309	0.758
活力	10(5.25,11)	8.5(5,11.75)	-0.135	0.893
困惑	2(1,2)	1(0,2)	-1.409	0.159
抑郁	0(0,0)	0(0,0)	-0.541	0.589

2.4 经验后与 GLTC 沟通后情绪自评对比

先对两组医生沟通前情绪各维度分值进行Mann-whitney U检验，发现六个维度情绪分值差异无统计学意义（P>0.05），两组医生沟通前各维度情绪一致，具备可比性。对医生在两组沟通后各维度情绪分值进行Mann-whitney U检验，发现经验沟通后情绪与GLTC方式沟通后情绪在疲劳、困惑维度具有显著性差异（P<0.05），就情绪分值分布而言，GLTC组分值分布均低于经验组。详情见表4。

表 4 两组医生接诊后情绪比较

Table 4 Comparison of the emotions of the two groups of doctors after consultation

维度		经验组	GLTC 组	Z	P
		$\bar{P}_{50}(P_{25},P_{75})$	$\bar{P}_{50}(P_{25},P_{75})$		
沟通前	紧张	0(0,1)	0(0,0)	-1.727	0.084
	生气	0(0,0)	0(0,0)	-1.381	0.167
	疲劳	2(0,3)	2(0,3)	-0.287	0.774
	活力	8(4.25,12.75)	10(5.25,11)	-0.497	0.619
	困惑	2(0.25,3.75)	2(1,2)	-0.298	0.766
	抑郁	0(0,1)	0(0,0)	-1.940	0.052
沟通后	紧张	0(0,1)	0(0,0)	-1.382	0.167
	生气	0(0,0.75)	0(0,0)	-1.494	0.135
	疲劳	4(2,7.75)	1(0,3.75)	-2.990	0.003
	活力	10(6.25,11.75)	8.5(5,11.75)	-0.704	0.482
	困惑	2(1,3)	1(0,2)	-2.489	0.013
	抑郁	0(0,0)	0(0,0)	-1.634	0.102

2.5 医生两组沟通技能详情比较

本次研究中，经验组沟通时间平均为 247s，GLTC 组沟通时间平均为 230s，两组时间整体差异不具有统计学意义（P>0.05）,相应沟通细节具有可比性。根据观察的 803 次医患沟通，接待环节中，在“微笑”这一沟通细节上，经验组医生完成率为 34.51%，GLTC 组医生完成率为 69.61%，两组完成率差异具有统计学意义（P<0.05），此外，在各阶段不同要点中，经验组与 GLTC 组完成率大部分具有差异（P<0.05）,且从百分比上看， GLTC 沟通组完成率高于经验组。详情见表 5

表 5 两组沟通技能详情比较

Table 5 Detailed comparison of communication skills between the two groups

沟通阶段	具体要点	经验组		GLTC 组		χ2	P
		例数	完成率	例数	完成率		
接待	（1）起身	22	6.49%	42	9.05%	1.753	0.185
	（2）和蔼注视	302	89.09%	459	98.92%	38.24	<0.001
	（3）礼貌语言	318	89.09%	462	99.57%	23.389	<0.001

	（4）微笑	117	34.51%	323	69.61%	97.422	<0.001
问诊	（1）不轻易打断患者	324	95.58%	458	98.71%	7.543	0.006
	（2）适时点头回应	312	92.04%	464	100.00%	38.242	<0.001
查体	（1）动作轻柔	183	~~87.14~~53.98%	257	~~95.90~~55.39%	~~12.326~~0.156	~~<0.001~~0.693
	（2）安抚	141	~~67.14~~41.59%	228	~~85.07~~49.14%	~~21.507~~4.490	~~<0.001~~0.034
实验检查	（1）告知必要性	314	92.63%	455	98.06%	14.27	<0.001
	（2）耐心	313	92.33%	445	95.91%	4.732	0.030
诊疗与交流	（1）征询患者意见	320	94.40%	464	100.00%	26.636	<0.001
	（2）耐心	306	90.27%	438	94.40%	4.911	0.027
	（3）通俗讲解	320	94.40%	464	100.00%	26.636	<0.001
	（4）语言安慰	248	73.16%	443	95.47%	81.29	<0.001
结束与交代	（1）态度友善	329	97.05%	462	99.57%	8.442	0.004
	（2）起身	8	2.36%	33	7.11%	9.13	0.003
	（3）和蔼注视	294	86.73%	463	99.78%	61.857	<0.001
	（4）礼貌语言	315	92.92%	461	99.35%	24.949	<0.001
	（5）微笑	90	26.55%	307	66.16%	122.981	<0.001

2.6 医生总体情绪影响因素的多元线性回归分析

将第三方评价的医生六个维度情绪分值相加，以就诊过程中每次沟通的医生情绪总分作为因变量，将沟通方案6个阶段中共计19个沟通细节作为自变量，进行多元线性回归分析，结果显示，微笑、点头回应、通俗讲解、起身等沟通细节对医生总体情绪的影响具有统计学意义（P<0.05），医生能够做到的这几项，所对应的情绪分值均低于未做到，详情见表6。

表6 医生总体情绪影响因素的多元线性回归分析

Table 6 Multiple linear regression analysis of factors influencing doctors' overall mood

变量	*b*	*CI(95%)*	*SE*	*β*	*t* 值	*P* 值
常量	35.113	(29.684,40.542)	2.766	—	12.695	<0.001
接待-起身	-1.044	(-2.616,0.529)	0.801	-0.041	-1.303	0.193
接待-和蔼注视	-2.107	(-4.425,0.211)	1.181	-0.069	-1.784	0.075
接待-礼貌语言	-4.794[a]	(-7.524,-2.064)	1.391	-0.117	-3.447	0.001
接待-微笑	-0.734	(-1.676,0.208)	0.48	-0.053	-1.53	0.126
问诊-不轻易打断患者	-3.450[a]	(-6.156,-0.744)	1.379	-0.08	-2.503	0.013
问诊-适时点头回应	-8.052[a]	(-11.284,-4.819)	1.647	-0.212	-4.89	<0.001
查体-动作轻柔	0.256	(-1.135,1.648)	0.709	0.019	0.362	0.718
查体-安抚	1.27	(-0.131,2.67)	0.714	0.092	1.779	0.076
实验检查-告知必要性	0.166	(-2.447,2.78)	1.331	0.005	0.125	0.901
实验检查-耐心	-1.123	(-3.256,1.01)	1.086	-0.038	-1.034	0.302
诊疗与交流-征询患者意见	0.468	(-3.288,4.224)	1.913	0.01	0.244	0.807
诊疗与交流-耐心	-0.614	(-2.392,1.164)	0.906	-0.023	-0.678	0.498
诊疗与交流-通俗讲解	-6.407[a]	(-9.836,-2.978)	1.747	-0.142	-3.668	<0.001
诊疗与交流-语言安慰	1.077	(-0.416,2.57)	0.76	0.055	1.417	0.157
结束与交代-态度友善	-6.304[a]	(-10.344,-2.264)	2.058	-0.112	-3.063	0.002
结束与交代-起身	1.985[a]	(0.068,3.902)	0.977	0.064	2.032	0.042
结束与交代-和蔼注视	-1.118	(-3.629,1.393)	1.279	-0.038	-0.874	0.382
结束与交代-礼貌语言	-0.14	(-2.546,2.266)	1.226	-0.004	-0.114	0.909
结束与交代-微笑	-1.515[a]	(-2.447,-0.583)	0.475	-0.111	-3.192	0.001

注：—表示无此项数据，[a]表示 P<0.05

3 讨论与分析

3.1 门诊 GLTC 沟通更能缓解医生疲劳

根据表3，医生在行经验性沟通后，在疲劳维度分值分布明显高于开展门诊沟通前，可以得见医生在未接受系统的沟通培训情况下，仅凭个人经验很容易引发医生的职业倦怠。而医患沟通不到位，极易引起医患关系紧张，刘璐宁等人也提出医生疲劳程度随着"医患关系"紧张程度增加而提高[12]。就本次研究而言，青年医生的门诊经验性沟通，对于改善医生的倦怠感仍然存在一定上升空间。表4、表5中可以发现GLTC组医生沟通后，各维度情绪分布与沟通前无明显差异。比较经验组和GLTC组沟通后的医生，经验组沟通后的疲劳情绪分值分布明显高于GLTC组。即相比较于门诊经验沟通后医生的疲劳情绪增加，门诊GLTC沟通更能够保障医生的活力，帮助医生降低疲劳感。门诊GLTC医患沟通方案充分融合医方示善、医方倾听等医学与人文融合要素，在相同的单位时间内帮助医生做好医患沟通，医患沟通的到位，患者也会提高就医依从性，医生收到正向反馈个人情绪也会改善。大部分青年医生人际沟通经验不足，交流较少[13]，尤其需要类似于门诊GLTC沟通方案的学习模板来弥补经验不足。因此，门诊GLTC医患沟通方案，对于今后的门诊医患沟通尤其是青年医生具有重要的参考价值。

3.2 沟通细节影响医生总体情绪

根据简明心境量表计分规则，总体得分越高，则代表个体情绪状态越差，结合表 6 中医生总体情绪的多元线性回归分析，可以看出接待环节中的礼貌语言、问诊环节中的不轻易打断患者和适时点头回应、诊疗与交流环节中的通俗讲解、结束与交代环节中的态度友善、起身、微笑等一系列沟通细节，是影响医生总体情绪的关键因素。就实际临床医疗活动而言，医生在开展医疗沟通的过程中，对于这些细节的充分应用，能够让患者感觉到自己被关注，其个人情绪、满意度也会相应改善，患者再将这些积极情绪反馈给医生，医生情绪也就随之改善。可以说医生的门诊沟通方式，间接影响医生个人的总体情绪，唐凯等人在其研究中也提出管理好医生的情绪对医院的生存和发展有重要意义，良好的情绪能够激发更大的创造力和贡献，而负面情绪则可能会酿成医疗纠纷或医疗事故。如果组织管理得当，医生充分表达积极的情绪状态，能够调节患者至积极情绪状态，促进患者身心健康[14]。本研究中的门诊 GLTC 医患沟通方案，对于以上沟通细节均有涵盖，这于今后医院用来组织培训青年医生开展门诊医患沟通，降低医患纠纷发生率有着重要参考价值。

3.3 微笑等沟通细节完成率有待提高

由表 5 可得，经过门诊 GLTC 医患沟通培训后，医生在接待、问诊、查体等六个沟通阶段的沟通细节完成率大部分均有明显提升，并且大部分均提升至 85%以上。但是对于起身、微笑等沟通细节，仍然有较大提升空间。并且在医生总体情绪的多元线性回归分析中，起身和微笑均是重要影响因素。对于医生的微笑服务，汪新建等人曾经提出"微笑服务"能够体现情感策略在社会事务中的广泛应用，以积极情感对不良社会事件输入良性的情绪体验，能有效地提高民众参与体验的满意度[15]。医生的微笑，不仅能够提高患者满意度，更能通过患者正向积极影响医生个人情绪，只有医患心态秩序达到和谐的境界，才能最终说明医患共同体的建设达到了理想的状态。此外，其他相关沟通细节所附带的的人性化和情感化，能够使医与患之间能够达到真诚的、作为人与人之间的医患沟通状态，而非人与疾病、人与生物化学术语、人与现代电子仪器等生物医学化场景下的"医患沟通"过程[16]。对于起身，研究中有医生反馈工作时间不够，很难做到常态化，但在实际沟通中，两组沟通时间并无明显差异，甚至就均分而言，经验组平均沟通时间为 247s，高于 GLTC 组沟通时间为 230s。因此，如何在今后的实际应用中灵活推动沟通方式的传授[17]，根据沟通需求提高微笑、起身等沟通细节的完成率，是今后重点研究方向。

作者贡献：邵建文负责文章的文献资料收集与整理、论文撰写，谭港锐、王梦婷负责研究的实施、数据的结果与分析，商卫红负责研究执行的管理和协调，王锦帆对文章整体负责、资金提供、监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

[1]医法汇, 2021 年全国医疗损害责任纠纷案件大数据报告[Z/OL]. (2022-2-7)[2022-6-9]

https://mp.weixin.qq.com/s/kOJo2p4eYWO-QwBRzprbBg

[2]柏燕军,乔晏明,韩继红. 333 例医疗纠纷的原因探讨及分析[J]. 中国实验方剂学杂志,2010,16(18):233-234.

DOI:10.3969/j.issn.1005-9903.2010.18.073.

[3]王锦帆.医患沟通[M].北京：人民卫生出版社，2018：72-73

[4]邵建文,李群,王锦帆. GLTC 医患沟通方案干预住院患者效果分析[J]. 中华医院管理杂志,2020,36(11):934-938. DOI:10.3760/cma.j.cn111325-20200422-01156.
[5]侍成栋,潘永良. 汉密尔顿抑郁及焦虑量表与正性负性情绪量表的相关性研究[J]. 全科护理,2019,17(2):140-142.
[6]HAMILTON M. A rating scale for depression.[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1960, 23(1):56-62.DOI:10.1136/jnnp.23.1.56
[7]孙振晓,刘化学,焦林瑛,等. 医院焦虑抑郁量表的信度及效度研究[J]. 中华临床医师杂志（电子版）,2017,11(2):198-201. DOI:10.3877/cma.j.issn.1674-0785.2017.02.005.
[8]邱林,郑雪,王雁飞. 积极情感消极情感量表(PANAS)的修订[J]. 应用心理学,2008(3):249-254,268.
[9]迟松,林文娟. 简明心境量表(BPOMS)的初步修订[J]. 中国心理卫生杂志,2003,17(11):768-770,767. DOI:10.3321/j.issn:1000-6729.2003.11.012.
[10]邵建文,王锦帆. 中外医患沟通模式中医学与人文要素及融合状态研究[J]. 中国医学伦理学,2019,32(10):1277-1282. DOI:10.12026/j.issn.1001-8565.2019.10.09.
[11]ALBRECHT R R, EWING S J. Standardizing the administration of the Profile of Mood States (POMS): Development of alternative word lists[J]. Journal of personality assessment, 1989, 53(1): 31-39. DOI:10.1207/s15327752jpa5301_4
[12]刘璐宁,马慧琼,孟续铎. "健康中国"战略下公立医院医生过劳现状和影响因素研究[J]. 卫生经济研究,2021,38(3):32-36.
[13]甘勇,杨婷婷,杨宇迪,等. 我国东中西部全科医生职业倦怠现状及影响因素[J]. 医学与社会,2020,33(3):99-103. DOI:10.13723/j.yxysh.2020.03.023.
[14]唐凯,徐倍,孙营营,等. 医院视角下医生情绪管理能力的问题与对策[J]. 现代医院管理,2017,15(6):75-77. DOI:10.3969/j.issn.1672-4232.2017.06.022.
[15]汪新建,姜鹤. 医患社会心态的情感治理[J]. 西北师大学报（社会科学版）,2020,57(1):92-98. DOI:10.16783/j.cnki.nwnus.2020.01.012.
[16]吕小康. 风险社会中的医患共同体建设[J]. 南京师大学报（社会科学版）,2022(3):68-77. DOI:10.3969/j.issn.1001-4608.2022.03.007.
[17]邓黎黎,廖晓阳,伍佳,等. 国外医患沟通模式对我国全科医生沟通技能培训的启示[J]. 中国全科医学,2021,24(13):1684-1689. DOI:10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.185.